



## DEMANDE D'INFORMATION 1/2

### FORMATION(S) CHOISIE(S)

- Module Cohérence cardiaque niveau 1** : Gestion du stress et de l'anxiété en autonomie (cohérence cardiaque)- 21 h / 3 jours.
- Module Cohérence cardiaque niveau 2** : Gestion du stress et de l'anxiété en autonomie (approfondissement par la pratique de la cohérence cérébrale)- 14 h / 2 jours.
- Module Cohérence cardiaque niveau 3** : Gestion du stress et de l'anxiété pour une tierce personne : Education thérapeutique au Patient (module spécifique réservé au personnel soignant)-21 h / 3 jours.
- Module Kinésio-physio** : Diminution des douleurs chroniques et libération des tensions tissulaires par souffle assisté. - 35 h / 5 jours.

### ENTREPRISE / STRUCTURE

Votre représentant :  une Entreprise  une Structure Hospitalière / Clinique  
 Education Nationale  Autre (précisez) :

Nom de l'Entreprise / Structure :

Adresse de l'Entreprise / Structure :

Code Postal : Ville :

Nom / Prénom du contact (représentant l'entreprise/ la structure) :

Téléphone : E-mail :

### SECTEUR D'ACTIVITE

Votre secteur d'activité :  médical, paramédical, social  Enseignement  l'Industrie  
 Finance/assurance  Service Public  BTP, architecture  Transport, Logistique  
 Secteur du Commerce/ Distribution  Secteur de la gestion / des audits  Autres :

Nombre de salariés (ou potentiels stagiaires) :

### HANDICAP (réfèrent : Stéphanie HAU : stephanie.hau@yahoo.com)

Un ou plusieurs de vos collaborateurs sont porteurs d'un handicap :

Non  Oui, nombre : (contacter nous pour un accompagnement spécifique)

Modalités d'accompagnement spécifiques le cas échéant :



## FORMATIONS PRECEDENTES

**Vous avez déjà fait appel à notre organisme de formation ?**

Non  Oui, précisez le ou les modules suivis:

Votre Entreprise / Structure a récemment (moins de 2 ans) proposée des formations à ses collaborateurs sur la gestion du stress et des émotions ?  Non  Oui

## Quels sont vos besoins en formation

De quoi ont besoin vos collaborateurs en priorité :

## Vos attentes vis-à-vis de la formation souhaitée

Que souhaitez-vous apporter à vos collaborateurs :

Quels sont les attentes et les objectifs de l'entreprise/structure vis-à-vis de cette formation :

## Et pour terminer

**Vous souhaitez que :**

1. La formation se déroule dans votre structure :  Oui (*vous disposez d'une salle d'au moins 20 m2, au calme*)
2. La formation se déroule à l'extérieur de votre structure :  Oui  Non

**Mois et année souhaités pour la session de formation :**

Vous souhaitez faire intervenir notre Organisme de formation plusieurs fois par an auprès de vos collaborateurs :  
 Oui  Non, pas pour le moment.

Vous préférez être contacté par :  E-mail  Téléphone  E-mail + Téléphone

**Le :** **Fait à :** **Nom/ prénom :**

**NB : Dans le cadre de la collecte de données à caractère personnel, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité disponible sur notre site.**